

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/86676>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Diagnostiek en chemoprofylaxe van perinatale infecties veroorzaakt door β -hemolytische streptokokken uit groep B

Met belangstelling lezen wij het caput selectum van Van Oppen et al. (1993; 583-7). Hoewel de auteurs algemene screening van zwangeren op dragerschap van groep B- β -hemolytische streptokokken (GBS) niet gerechtvaardigd achten, nodigen hun aanbevelingen uit tot sterke toename van het gebruik van diagnostische tests en van het voorschrijven van antibiotica aan zwangere vrouwen en (of) hun pasgeborenen. Dit roept veel vragen op; wij willen ons beperken tot 3 vragen:

– Verdient de snelle GBS-test, indien deze tijdens de partus de hoeksteen van het profylactisch beleid zou moeten zijn, niet een meer diepgaande bespreking (sensitiviteit, specificiteit, voorspellende waarden) dan deze: 'Voor de keuze van een snelle test biedt de industrie talloze mogelijkheden. Wij adviseren een eenvoudig uitvoerbare test waarvan het resultaat binnen 30 min bekend is.'?

– Bij intra-uteriene vruchtdood door GBS in een eerdere zwangerschap lijkt het de auteurs 'raadzaam de betreffende vrouw tijdens een groot deel van een volgende zwangerschap te behandelen'. Hoe groot is de kans op herhaling van vruchtdood door GBS in een volgende zwangerschap en hoeveel verkleint men de kans als men het genoemde advies opvolgt?

– De auteurs stellen terecht dat de incidentie van vroeg-neonatale GBS-sepsis in Nederland niet bekend is, maar zij schatten het aantal op 50-100 gevallen per jaar. Hoeveel zwangere vrouwen en pasgeborenen zouden, als men de aanbevelingen van de auteurs zou volgen, naar schatting jaarlijks in Nederland profylactisch worden behandeld en hoeveel gevallen van sepsis en sterfte door sepsis zou men dan voorkomen?

Zolang de auteurs hun praktische aanbevelingen niet onderbouwen met goed opgezet (kosten-)effectiviteitsonderzoek, kan er van consensus betreffende deze belangrijke materie geen sprake zijn.

F.K. LOTGERING
J.N. VAN DEN ANKER

Rotterdam, maart 1993

Uit de reactie van Lotgering en Van den Anker blijkt grote bezorgdheid voor overdiagnostiek en overbehandeling bij zwangeren en hun pasgeborenen, indien het door ons voorgere-

stelde beleid wordt gevolgd. Onze indruk is echter dat momenteel in Nederland een tweeslachtige situatie bestaat waarbij enerzijds veelvuldig, op grond van irrationele angst, zinloze niet-systematische diagnostiek en behandeling worden bedreven, en anderzijds de ogen gesloten worden voor het feit dat ongeveer 15% van alle zwangeren GBS-drager is. Immers, algemene screening op GBS-dragerschap bij zwangeren wordt in Nederland vooralsnog niet wenselijk geacht. Het doel van het door ons voorgestelde beleid is dan ook om op een rationele manier, met een minimum aan diagnostiek, de meeste gevallen van perinatale infecties veroorzaakt door GBS te voorkomen.

Voor de kwaliteiten van een groot aantal snelle tests wordt in ons artikel verwezen naar de literatuur. Het artikel van Clark et al. kunnen wij hierbij nogmaals aanbevelen.¹ Overigens is de snelle test alléén de 'hoeksteen' van het profylactisch beleid indien er geen tijd is om te wachten op de uitslag van de conventionele kweek.

Uiteraard zijn in de literatuur geen grote onderzoeken voorhanden betreffende vrouwen met meerdere gevallen van intra-uteriene vruchtdood ten gevolge van GBS, om maar helemaal niet te spreken van gerandomiseerde onderzoeken. In slechts 1 onderzoek wordt een beleid bij 1 patiënt geëvalueerd.² Ons beleidsadvies bij deze zeldzame complicatie van perinatale infectie door GBS is dan ook niet wetenschappelijk onderbouwd. Het is gebaseerd op gezond verstand (geen streptokok – geen infectie) en op psychologische factoren.

Het is een lofwaardig streven om ieder beleid te onderbouwen met een goed opgezet kosten-effectiviteitsonderzoek. Wij zijn echter van mening dat het ontbreken van een dergelijke analyse een met literatuurgegevens ondersteund rationeel beleid niet in de weg mag staan.

LITERATUUR

¹ Clark P, Armer T, Duff P, Davidson K. Assessment of a rapid latex agglutination test for group B streptococcal colonization of the genital tract. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 358-63.

² Christensen KK, Dahlander K, Lindén V, Svenningsen N, Christensen P. Obstetrical care in future pregnancies after fetal loss in group B streptococcal septicemia. A prevention program based on bacteriological and immunological follow-up. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1981; 12: 143-50.

A.C.C. VAN OPPEN
H.W. BRUINSE

Utrecht, april 1993

Mededelingen en bekendmakingen

Subsidies van het Prinses Beatrix Fonds

Elk half jaar kan subsidie bij het Prinses Beatrix Fonds worden aangevraagd voor medisch wetenschappelijk onderzoek op het gebied van neuromusculaire ziekten (bijvoorbeeld myasthenia gravis of aandoeningen van de motorische voorhoorncel), aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson of de ziekte van Huntington) of bij de geboorte aanwezige aandoeningen (bijvoorbeeld infantiele encefalopathie of onvolledigheid van de ledematen). Onder-

zoekers beneden de 45 jaar en werkzaam bij een Nederlands instituut waar onderzoek wordt verricht op één der genoemde gebieden, kunnen in aanmerking komen voor een scholarship (maximaal 6 weken) of een fellowship (maximaal 6 maanden).

Aanvragen kunnen, in 15-voud op een daarvoor bestemd formulier, tot 15 september 1993 worden ingezonden. Behandeling van de binnengekomen aanvragen zal in november plaatsvinden.

Aanvraagformulieren en nadere inlichtingen verstrekt: directie Prinses Beatrix Fonds, Postbus 30470, 2500 GL 's-Gravenhage; tel. 070-3503535.